

EasyMix» и «Ketac Universal», а наименьшие – материал «Цемион».

Литература:

1. Бутвиловский, А.В. Возможности применения стеклоиономерного цемента Ketac Universal в стоматологической практике / А.В. Бутвиловский // Современ. стоматология. – 2018. – № 1. – С. 21–24.
2. Использование стеклоиономерных цементах при лечении кариеса зубов в детской стоматологии / В. П. Михайловская [и др.] // Современ. стоматология – 2009. – № 1. – С. 10–14.
3. Леонович, О.М. Оценка эффективности лечения временных зубов у детей с разным уровнем тревоги стеклоиономерными цементами / О. М. Леонович, Т. Н. Терехова // Мед. журн. – 2017. – № 1 (59). – С. 84–89.
4. Лобовкина, Л. А. Анализ эффективности применения стеклоиономерных цементах нового поколения в практике врача-стоматолога / Л. А. Лобовкина, А. М. Романов // Институт стоматологии – 2013. – № 4 (61). – С. 64–65.
5. Райнаули, Л.В. Эффективность клинического применения стеклоиономерных цементах в практике врача-стоматолога / Л. В. Райнаули, Л. А. Лобовкина, А. И. Николаев // Воен.-мед. журн. – 2016. – Т. 337. № 6. – С. 57–60.
6. Эффективность герметизации фиссур стеклоиономерным цементом в молочных и постоянных зубах у детей / Е. Е. Маслак [и др.] // Волгоград. науч.-мед. журн. – 2012. – № 3 (35). – С. 34–36.

УДК 616.71-018.44-002-02

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ОСТЕОМИЕЛИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Титов В.Р., Дорошенко Н.В., Киришоров Хуршед

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Под травматическим остеомиелитом нижней челюсти понимают неспецифический гнойно-некротический инфекционно-аллергический воспалительный процесс в зоне перелома нижней челюсти, сопровождающийся некрозом раневых поверхностей отломков с образованием секвестров и регенерацией костной ткани. При этом травматический остеомиелит нижней челюсти представляет собой качественно новую форму воспалительного процесса, когда возникает некроз участков кости, не имевших признаков повреждения и расположенных на определенном удалении от щели перелома, а самоочищения раны и излечения без проведения длительного специализированного лечения не происходит [2].

Переломы нижней челюсти составляют 63,0 – 95,0% от всех переломов в челюстно-лицевой области [1]. Травматический остеомиелит является одним из самых тяжелых осложнений перелома нижней челюсти и встречается в 2,9% – 14,0% (7–9) случаев [3]. Большая часть пациентов с травматическим остеомиелитом нижней челюсти находятся в возрастном промежутке от 20 до 50 лет [4].

По этим причинам травматический остеомиелит нижней челюсти является актуальной проблемой в медицинском, социально-экономическом и психологическом плане, потому что трудоспособное население становится временно нетрудоспособным, что приводит к ограниченной профессиональной и социальной активности. Рациональная профилактика этого заболевания возможна только с учетом знания предрасполагающих факторов [5].

Цель исследования. Выявить основные этиологические факторы развития травматического остеомиелита нижней челюсти.

Материал и методы. Изучена 141 медицинская карта стационарного пациента с диагнозом травматический остеомиелит нижней челюсти, проходивших лечение в

стоматологическом отделении УЗ «Витебская областная клиническая больница» (ВОКБ) за период с 2014 по 2018 гг. Из них 125 мужчин и 16 женщин. Средний возраст пациентов составил 39,6 лет. 62% пациентов на момент госпитализации были безработными, 1 процент имели высшее образование, 15% - среднее специальное, 17 процентов – среднее, двое пациентов являлись пенсионерами, четверо имели инвалидность. Полученные данные подвергались статистической обработке с помощью пакета прикладных таблиц «Statistica» (Version 10-Index, лицензия №СТАФ999К347156W, StatSoftInc, США) и «Excel».

Результаты и обсуждение. В результате исследования медицинских карт пациентов стоматологического отделения УЗ ВОКБ выявлено, что перелом нижней челюсти в области угла диагностирован у 61% пациентов, перелом тела нижней челюсти был у 33%, фронтальный перелом выявлен у 4% пациентов.

Среднее количество койко-дней составило 8,82 дня.

Период времени с момента травмы до госпитализации по поводу остеомиелита нижней челюсти составил 1 неделю у 9% пациентов, 2 недели – 13%, 3 недели – 12%, 1-4 месяца – 35%, 1-2 месяца – 6%, 2-3 месяца – 13%, 3-6 месяцев – 6%, 6-12 месяцев – 4%, 1 пациент обратился за помощью спустя более 1 года.

Госпитализировались по поводу травматического остеомиелита нижней челюсти первично в текущем году 91% пациентов, вторично – 8%, третично – 1%.

По поводу перелома нижней челюсти сразу обращались за квалифицированной помощью 50% пациентов, спустя 3-7 дней – 6%, спустя более, чем 7 дней – 6%, не обращались а помощью 38% пациентов.

Методом хирургического лечения являлась первичная хирургическая обработка гнойного очага у 72% пациентов, секвестрэктомия у 15%, удаление зуба у 35% пациентов.

Зуб, находившийся в линии перелома был удален первично в 27% случаев, вторично – в 38% случаев, в 35% случаев удаление зуба не проводилось.

Заключение. На основании полученных результатов анализа медицинских карт стационарного пациента выявлена поздняя обращаемость пациентов за квалифицированной помощью и малая доля первичного удаления зубов из линии перелома, что и следует относить к основным факторам, влияющим на развитие травматического остеомиелита нижней челюсти.

Литература:

1. Retrospective analysis of 1502 patients with facial fractures / S. Iida [et al.] // Int. J. Oral Maxillofac. Surg. – 2001. – №30. – С. 286–90.
2. Кирпичников, М.В. Эффективность комплексного лечения травматического остеомиелита нижней челюсти с применением эфферентных методов : автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.В. Кирпичников. – Волгоград, 2004. – 22 с.
3. Подольский, В.В. Эффективность транскраниальной электростимуляции в комплексном лечении больных с открытым переломом нижней челюсти : автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. В. Подольский. – Волгоград, 2009. – 21 с.
4. Epidemiology study of facial injuries during a 13 month of trauma registry in Tehran / M. Zargar [et al.] // Indian J Med Sci. – 2004. – Vol. 58. – P. 109–14.
5. Osteomielite como complicação de fratura mandibular. (Osteomyelitis as mandibular fracture complication.) / BC. Vasconcelos [et al.] // Revista de Cirurgia e Traumatologia Bucod-Maxilo-Facial. – 2003. – Vol. 3, N 2. – P. 41–8.